



Особенности Поражения Костно-Мышечной Системы У Детей С Юношеским Артритом С Системным Началом

1. Сайидова М. Х.

2. Бобоева У. Ф.

Received 2nd Aug 2023,
Accepted 19th Sep 2023,
Online 19th Oct 2023

¹ Bukhara State Medical Institute, Bukhara,
Uzbekistan

Актуальность. Юношеские (ювенильные) артриты являются самыми распространенными хроническими воспалительными заболеваниями у детей и подростков. Одним из самых тяжелых вариантов ювенильного артрита является системный. Юношеский (ювенильный) артрит с системным началом (ЮАсСН) у детей относится к редким (орфанным) жизнеугрожающим и хроническим прогрессирующим заболеваниям, для которой характерна высокая частота неблагоприятных исходов и осложнений, с отчетливой тенденцией к развитию ранней инвалидизации.

ЮАсСН протекает с генерализованным поражением опорно-двигательного аппарата и вовлечением в иммунопатологический процесс внутренних органов. Причина его неизвестна, но полагают, что важную роль играют генетическая предрасположенность, а также аутоиммунная и аутовоспалительная патофизиология[3,4]. Характерным для данного прогрессирующего жизнеугрожающего орфанного заболевания являются прогрессивное течение с высокой частотой развития фармакорезистентных вариантов течения [5]. В настоящее время нет ни одного симптома, лабораторного и инструментального индикаторов, позволяющих достоверно подтвердить данную патологию [1,2]. Поэтому прогнозирование и предупреждение развития тяжелых последствий ЮАсСН у детей требует разработки клинико-биохимических, иммунологических и инструментальных критериев ранней диагностики заболевания[8].

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 80 детей с различными вариантами ювенильного артрита, госпитализированных в кардиоревматологическое отделение Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии. Возраст обследованных детей составил от 2 до 18 лет ($12,5 \pm 7,5$).

Обследованные больные были разделены на 2 группы:

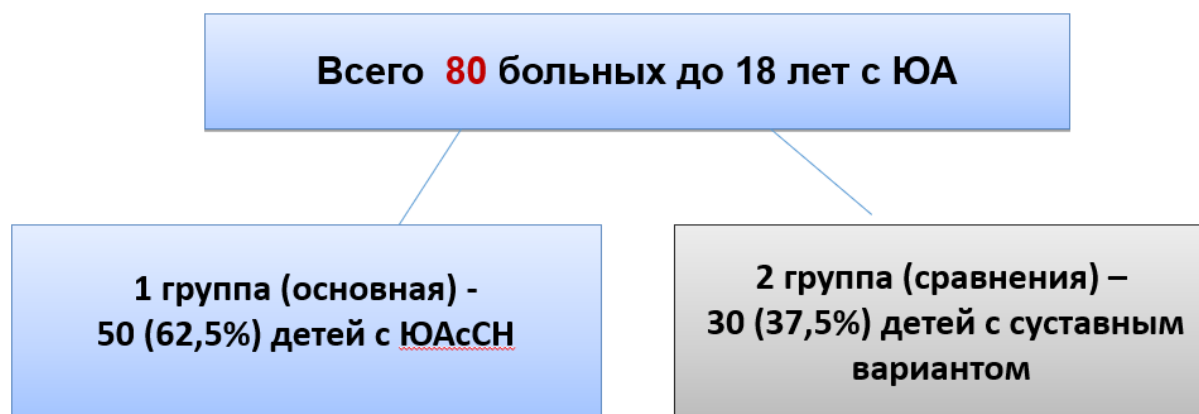


Рис.1. Группы обследованных больных с ЮА

Контрольную группу составили 30 здоровых детей пубертантного возраста.

Распределение детей с ЮА по возрасту показало, что детей с ЮАсСН в возрасте от 3 до 6 лет было в 2 раза больше (14%), чем с суставным вариантом заболевания (6,7%).

Во 2-группе больных преобладали дети раннего школьного (7-10 лет) и юношеского возраста (15-17 лет), тогда как в 1-группе было больше детей 11-14 лет (34% и 30% соответственно). Среди детей раннего возраста независимо от варианта заболевания количество больных было практически одинаковым с незначительным преобладанием в 1-группе больных (8% и 6,7%) (рис2).

Результаты исследований

Одним из начальных проявлений заболевания было поражение суставов. Симптомы суставной формы ЮА проявлялись остро в 90% случаев. Болевой синдром при суставном варианте ЮА возникал исключительно при пассивных (46%) или активных движениях в суставах (40%), в крайних положениях (4%); в покое дети жалоб на боли в суставах не предъявляли. Существенные ограничения движений в суставах в дебюте заболевания также отсутствовали.

Утренняя скованность, которая была характерна 55% больным 2- группы, определялась как кратковременная хромота с ощущениями онемения, болезненности в одном или нескольких суставах.

Степень деформации сустава зависела от вида и характера воспалительного процесса: экссудативный или экссудативно-пролиферативный синовит клинически проявлялся в виде увеличения объема сустава с периартикулярным отеком (90%). У 13,3% больных в суставе преобладали пролиферативно-склеротические изменения, и процесс протекал по типу «сухого синовита». Клинически это проявлялось резким ограничением движений и выраженной болезненностью. Такое течение чаще встречалось у подростков (32%).

Точка максимальной болезненности, как правило, отсутствует, при этом болевые ощущения возникают как при пальпации в области проекции суставной щели, так и в области гипертрофированной, воспаленной синовиальной оболочки.

Маленькие дети не могли локализовать боль в суставе, отек области сустава слабо визуализировался на фоне физиологически избыточного подкожно-жирового слоя, а первыми признаками воспалительного процесса в суставе было небольшое ограничение движений или хромота.

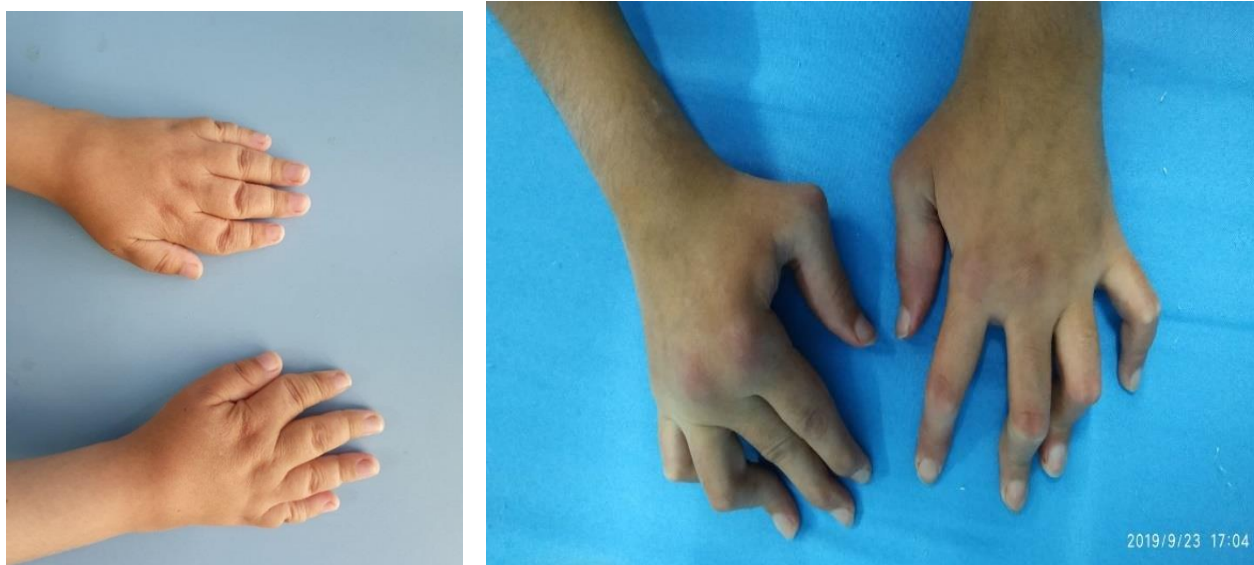


Рис.3. Поражение мелких суставов у детей с ЮАсСН.

Для детей обеих групп было характерно наиболее частое поражение крупных и средних суставов, а именно коленные, голеностопные, лучезапястные, локтевые, тазобедренные. В 1-группе у 58,0% больных в процесс были вовлечены и мелкие суставы кистей (таб.2).



Рис.4. Клинические проявления артрита крупных суставов у детей с ЮАсСН.

Наиболее часто в воспалительный процесс у детей 2 группы были вовлечены коленные (63,3%) и голеностопные (70%) суставы, реже мелкие суставы кистей и стоп (таб.2).

Таблица 2. Поражение суставов у детей в зависимости от варианта заболевания

Суставы	1 группа	2 группа	P
Шейный отдел позвоночника	34,0±6,7%	23,3±7,7%	p≤0,05
Челюстно-височный сустав	26,0±6,2%	0	p≤0,05
Плечевой сустав	46,0±7,1%	16,7±6,8%	p≤0,001
Локтевой сустав	54,0± 7,1%	20±7,3%	p≤0,001
Лучезапястный сустав	58,0± 6,98%	33,3±8,6%	p≤0,05
Мелкие суставы кистей рук	58,0± 6,98%	23,3±7,7%	p≤0,01
Тазобедренный сустав	26,0±6,2%	23,3±7,7%	p≤0,05
Коленный сустав	84,0 ±5,2%	63,3±8,8%	p≤0,001

Голеностопный сустав	62,0±6,86%%	70±8,4%	p≤0,05
Суставы стопы	26,0±6,2%	23,3±7,7%	p≤0,05

Примечание: Р – достоверность различий показателей сравниваемых групп

Нередким при олигоартрите является поражение коленного или голеностопного сустава и межфалангового сустава кисти, реже стопы, причем последнее часто просматривается.

При тяжелых вариантах течения заболевания у детей 1-группы были вовлечены «синовиальные суставы» шейного отдела позвоночника (34,0%) и височно-нижнечелюстной сустав с развитием деформирующего артроза (26,0%). Между тем синовит второго сустава указывал на системный характер поражения.

Агрессивность суставной патологии определяется не только числом и характером поражения суставов, но и степенью лабораторной воспалительной активности, а именно уровнем СОЭ, СРБ, фибриногена, титром антинуклеарного фактора. Эти данные будут представлены в следующем разделе.

Суставное поражение при полиартрите (более 5 суставов) у детей 2-группы имело свои отличие от олигоартрита и носил симметричный характер с вовлечением суставов верхних и нижних конечностей, в том числе суставов шейного отдела позвоночника.



Рис.5. Больной Э., 5 лет. Поражение костно-мышечной системы у больного с ЮАсСН.

У детей 1-группы заболевание носило системный характер. Суставной синдром в дебюте был ограничен артралгиями или периодически возникающим выпотом в суставах верхних и нижних конечностей. Стойкий артрит развился только через несколько месяцев у 26,9% больных от начала заболевания и у 73,1% больных – по истечении одного-двух лет.

Нередко отмечалось бессимптомное вовлечение тазобедренных, височно-нижнечелюстных суставов и суставов шейного отдела позвоночника.

Выводы

Таким образом, у детей 1-группы заболевание носило системный характер.

При олигоартрите часто поражались коленный или голеностопные суставы.

Суставное поражение при полиартрите (более 5 суставов) у детей 2-группы имело симметричный характер с вовлечением суставов верхних и нижних конечностей, в том числе суставов шейного отдела позвоночника. Стойкий артрит развился только через несколько

месяцев, у 26,9% больных от начала заболевания и у 73,1% больных - по истечении одного-двух лет.

Литературы:

1. Узунова А.Н. Клинико-лабораторные особенности ювенильного ревматоидного артрита у детей города Челябинска / А.Н. Узунова, А.В. Аксенов // Российский медицинский журнал. – 2012. – №6. – С. 21-23.
2. Мухамедова Ш. Т. Особенности динамики цитокинов у новорожденных с синдромом системного воспалительного ответа. – 2020.
3. Ювенильный артрит: клинические рекомендации для педиатров. Детская ревматология / Под ред. Баранова А.А., Алексеевой Е.И. — М.: ПедиатрЪ; 2016. — 120 с.
4. Авдеева, А.С. Клиническое значение матриксных металлопротеиназ при ревматоидном артрите (обзор литературы и собственные данные) /А.С. Авдеева, Е.Н. Александрова, Е.Л. Насонов //Научно-практическая ревматология. – 2014. – № 1. – С. 79–84.
5. Мухамедова Ш. Т. Цитокиновый профиль у новорожденных с инфекционно-воспалительными заболеваниями в динамике адаптации //Журнал Евроазиатский вестник педиатрии. – 2019. – №. 3. – С. 3.
6. Мухамедова Ш., Бахронова Д. Диагностическое значение биохимических показателей крови при нарушении почечного кровообращения у новорожденных //Инновационные исследования в современном мире: теория и практика. – 2023. – Т. 2. – №. 20. – С. 121-123.

